Advies ‘Risico’s en knelpunten in de longstay’

Advies d.d. 26 november 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting

Aanleiding voor dit advies is de situatie dat er als gevolg van het Masterplan Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voor de periode 2013-2018 nog maar één kliniek is overgebleven met longstayvoorzieningen. De gevolgen van deze situatie zijn tot dusverre niet (in openbare stukken) beleidsmatig of anderszins belicht.

Het verblijf van alle tbs-longstaypatiënten (waarmee wordt gedoeld op terbeschikkinggestelden die op een longstay-afdeling zijn geplaatst) in één enkele kliniek, leidt tot een 'monopoliepositie' van deze kliniek en daarmee tot een risico op de ontwikkeling van een eenzijdige visie op de behandeling en bejegening van tbs-longstaypatiënten. Dit kan de uitstroom uit de longstay belemmeren. De betreffende kliniek, Pompestichting, heeft twee longstaylocaties (in Zeeland en Vught) die in de huidige situatie niet vergelijkbaar zijn wat betreft de bejegening en het begeleidingsniveau. Hierdoor is overplaatsing van tbs-longstaypatiënten, in verband met bijvoorbeeld een impasse of incident, niet (altijd) mogelijk. Indien een tbs-longstaypatiënt (niet) wordt overgeplaatst naar de andere longstaylocatie, dan is dit in de huidige situatie niet beklagwaardig. Mede door onvoldoende bekendheid met de *time-outvoorziening,* dat wil zeggen de mogelijkheid om een tbs-longstaypatiënt op grond van artikel 13 Bvt tijdelijk (zeven weken) over te plaatsen met als doel betrokkene te observeren, is hier in de praktijk (nog) geen ervaring mee opgedaan.
Tijdens het adviestraject zijn daarnaast zorgen naar voren gekomen over de longstaylocatie Vught. Deze zorgen hangen samen met de inbedding van de longstayvoorziening in een penitentiaire inrichting. Een penitentiaire omgeving is geen optimale omgeving om het voor tbs-longstaypatiënten benodigde kwalitatief hoogstaande woon- en zorgklimaat te realiseren. Het onderbrengen van tbs-longstaypatiënten in een penitentiaire omgeving verhoogt het, aan het verblijf in een gesloten inrichting inherente, risico op hospitalisatie omdat zij minder autonoom dan in een forensisch psychiatrisch centrum (fpc) kunnen functioneren. De kleinschaligheid van de longstaylocatie Vught (in totaal 24 plaatsen) versterkt de bestaande afhankelijkheid van de Pompestichting van het DJI-personeel en de voorzieningen in PI-Vught.
Ten slotte bestaan er specifieke zorgen over de Zeer Intensieve Specialistische Zorgafdeling (ZISZ) van de longstaylocatie Vught. Tijdens het werkbezoek is naar voren gekomen dat er, ondanks inspanningen van het personeel, vrijwel dagelijks incidenten plaatsvinden op deze kleine afdeling (zes plaatsen), dat de twee separeercellen veelvuldig worden gebruikt en dat er sprake is van een hoog personeelsverloop.

In dit advies schetst de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming (verder Raad) twee scenario's met aanbevelingen om deze risico's en knelpunten in de inrichting van de longstay te ondervangen. In beide scenario's vormt de sluiting van (tenminste het merendeel van) longstaylocatie Vught een belangrijk onderdeel. De Raad beveelt aan deze longstaylocatie te sluiten omdat de inbedding van een longstayvoorziening in een penitentiaire setting, weliswaar historisch vanwege capaciteitstekorten verklaarbaar, thans niet meer nodig noch verantwoord is.

Het eerste scenario betreft, behalve sluiting van de (gehele) longstaylocatie Vught, de inrichting van een longstayvoorziening in een tweede fpc en ondervangt alle genoemde risico's en knelpunten.
In het tweede scenario, dat de Raad ziet als terugvalscenario, blijft de Pompestichting de enige kliniek die tbs-longstaypatiënten opneemt en wordt het grootste deel van de longstaylocatie Vught gesloten. De ZSIZ-afdeling blijft in verband daarmee (noodgedwongen) als enige longstay-afdeling in PI Vught over en raakt (verder) geïsoleerd van de Pompestichting, hetgeen de Raad als een belangrijk nadeel van dit scenario beschouwt. De met de 'monopoliepositie' van de Pompestichting gepaard gaande risico's en knelpunten worden in dit scenario op verschillende manieren ondervangen. De Raad adviseert daarin de praktijk van de tijdelijke overplaatsing op grond van art. 13 Bvt ('time-out') te versterken. Het tijdelijk plaatsen van een tbs-longstaypatiënt in een andere kliniek kan leiden tot nieuwe inzichten, een ontstane impasse doorbreken en leiden tot een nieuw perspectief op de behandeling van een tbs-longstaypatiënt. Om een tijdelijke overplaatsing mogelijk te maken, zullen klinieken over en weer goede afspraken moeten maken over de voorwaarden waaronder dit gebeurt. Dit vergt een flexibele en coöperatieve opstelling van zowel de (zendende als ontvangende) klinieken als van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Om juridische problemen te voorkomen is het raadzaam dat fpc's bij een aanvraag in het kader van artikel 13 Bvt een helder onderscheid aanbrengen tussen het doel van de time-out (observatie) en de omstandigheden die er aanleiding toe hebben gegeven (bijvoorbeeld een incident). Wanneer een tijdelijke overplaatsing om praktische redenen niet mogelijk is, zal de kliniek expertise van buiten moeten (kunnen) binnenhalen zodat op alternatieve wijze invulling kan worden gegeven aan de benodigde *second opinion*.
Verder adviseert de Raad in dit tweede scenario het klachtrecht voor tbs-longstaypatiënten aan te passen met betrekking tot beslissingen tot (niet) overplaatsen binnen de Pompestichting. Daarmee wordt zowel de rechtspositie van tbs-longstaypatiënten verbeterd, die materieel als gevolg van het Masterplan is verslechterd, als een externe toets gecreëerd die het geschetste risico op een eenzijdige visie (mede) kan ondervangen.

1. Probleemschets

1.1 Aanleiding

De maatregel terbeschikkingstelling (tbs) met dwangverpleging is gericht op een verantwoorde terugkeer naar de maatschappij, maar voor sommige terbeschikkinggestelden is dat gezien hun voortdurende delictgevaarlijkheid niet haalbaar. Voor deze categorie is eind jaren negentig in fpc Veldzicht een apart tbs-regime ontwikkeld, de zogeheten longstayvoorziening. Later werden ook binnen de Pompestichting en de Van der Hoeven Kliniek dergelijke voorzieningen ingericht.[1]
De overwegingen bij het inrichten van een aparte longstayvoorziening waren van bedrijfsmatige, financiële en zorginhoudelijke aard.[2] Hierdoor zouden schaarse behandelplaatsen vrij komen voor terbeschikkinggestelden die nog wel behandelperspectief hadden, terwijl de beveiliging van de maatschappij gewaarborgd zou blijven. Op de longstay-afdeling zou de dagprijs 'per bed' aanzienlijk omlaag kunnen, omdat terbeschikkinggestelden daar niet meer intensief behandeld zouden worden. Een aparte afdeling zou het onder meer mogelijk maken zorg op maat te bieden aan deze groep terbeschikkinggestelden en de benodigde deskundigheid op te bouwen.
Plaatsing op een longstay-afdeling is daarmee gericht op het verblijf van terbeschikkinggestelden en niet (langer) op een behandeling die perspectief moet bieden op terugkeer naar de samenleving. Dit betekent overigens niet dat de weg terug naar de maatschappij definitief wordt afgesloten. Sinds 2011 wordt elke drie jaar de voortzetting van het verblijf in op een longstayvoorziening getoetst door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg (LAP).[3]

Of alle oorspronkelijk met de longstayvoorziening beoogde doelstellingen gerealiseerd worden vergt onderzoek en valt buiten het bestek van dit advies, dat met name betrekking heeft op de doelstelling van 'zorg op maat'.

Eén van de tot dusverre niet belichte gevolgen van het Masterplan DJI 2013-2018 (verder Masterplan) is dat er nog maar één kliniek, de Pompestichting, is overgebleven met een longstayvoorziening op twee locaties (Zeeland en Vught).[4] Deze locaties zijn (volgens de kliniek) niet vergelijkbaar wat betreft de bejegening en het begeleidingsniveau. De benadering van de populatie in Vught, die in belangrijke mate wordt gekenmerkt door een hoge mate van psychopathie, wijkt in structuur, toezicht en controle af van die in de locatie Zeeland. Hierdoor is overplaatsing binnen de Pompestichting van terbeschikkinggestelden met een longstaystatus, in dit advies aangeduid als tbs-longstaypatiënt, in verband met bijvoorbeeld een impasse of incident niet altijd mogelijk. Daarnaast levert deze situatie de vraag op in hoeverre de 'monopoliepositie' van de Pompestichting problemen oplevert voor de onder meer rechtspositie van de tbs-longstaypatiënten.

1.2 Aanpak en leeswijzer

De genoemde ontwikkelingen en vragen hebben er (mede) toe geleid dat de Raad op 3 juni 2015 een werkbezoek heeft gebracht aan de longstaylocatie van de Pompestichting in Vught, die is ondergebracht in de Penitentiaire Inrichting (PI) Vught. De gesprekken

met diverse vertegenwoordigers van de Pompestichting, de PI Vught, de Commissie van Toezicht (verder: CvT) van de Pompestichting en enkele tbs-longstaypatiënten hebben inzicht geboden in enkele knelpunten in de praktijk. De bevindingen zijn op hoofdlijnen besproken in het jaarlijks overleg van de sectie tbs van de Raad met (voornamelijk) behandeldirecteuren uit het veld. Daarnaast zijn enkele feiten nagevraagd bij de DJI en bij de clustermanager patiëntenzorg LFPZ van de Pompestichting. In bijlage 1 is de lijst opgenomen van personen met wie in het kader van dit advies is gesproken; bijlage 2 betreft een brief die de Raad ontving van de CvT waarin aandacht wordt gevraagd voor de situatie in de longstayvoorziening Vught. De Raad ziet in de genoemde ontwikkelingen en de ontstane situatie in de praktijk aanleiding om advies uit te brengen.

In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op de begrippen langdurig forensisch psychiatrische zorg en longstay (1.2), de kenmerken van en voorzieningen voor tbs-longstaypatiënten (1.3) en de kenmerken van en voorzieningen voor tbs-longstaypatiënten in combinatie met de status 'extreem vlucht- en beheersgevaarlijk' (evbg) (1.4). In paragraaf 1.5 worden de risico's en knelpunten in de huidige situatie beschreven.
De probleemschets wordt afgesloten met een korte beschrijving van enkele actuele ontwikkelingen die van invloed zijn op de longstayvoorziening (1.6).
Paragraaf 2 betreft de aanbevelingen en is zelfstandig leesbaar. Na een inleidende paragraaf met uitgangspunten en overwegingen (2.1), worden twee scenario's onderscheiden en besproken (2.2. en 2.3). Het eerste scenario betreft volgens de Raad het 'optimale model', waarin alle geconstateerde risico's en knelpunten worden ondervangen.

1.3 Begrippen langdurig forensisch psychiatrische zorg en longstay

In het verleden heeft de Raad voorgesteld de terminologie rond longstay aan te passen omdat dit begrip in de praktijk teveel als etiket voor patiënten werd gebruikt.[5] Om duidelijker aan te geven dat longstay een bepaalde vorm van langdurige zorg betreft, werd bepleit de term langdurige forensische zorg te gebruiken. Inmiddels wordt vaak gesproken van het begrip 'langdurige forensisch psychiatrische zorg' (lfpz). In de praktijk is dit echter een ruim begrip en vallen hier behalve de longstayvoorziening (in een fpc) ook longcarevoorzieningen (in de ggz) onder.[6]
Omdat dit advies zich beperkt tot de 'harde longstay', dat wil zeggen op personen die onder titel van tbs met dwangverpleging in verband met een geschat hoog recidiverisico zijn aangewezen op zorg met een hoog beveiligingsniveau en een lage behandelintensiteit, wordt in dit advies gesproken van een terbeschikkinggestelde met een longstaystatus (in verband met de leesbaarheid aangeduid als tbs-longstaypatiënt). Het betreft kort gezegd patiënten die weinig vatbaar (meer) zijn voor behandeling gericht op vermindering van het recidivegevaar en waarbij om die reden sprake is van een laag veranderperspectief. In verband met een onverminderd hoog recidiverisico is de beveiligingsnoodzaak leidend. Doorgaans duurt een periode van behandelpogingen ongeveer zes jaar voordat tot plaatsing op een wordt overgegaan.[7] De verblijfsduur van een terbeschikkinggestelde is daarmee echter niet bepalend voor plaatsing op een longstay-afdeling. Uit recent onderzoek van het WODC blijkt dat in september 2013 bijna honderd terbeschikkinggestelden

langer dan vijftien jaar in fpc's verbleven, waarvan ruim veertig personen nooit in een longstayvoorziening zijn geweest (zie ook 1.6.4.).[8]

In dit advies wordt verder gesproken van longstayvoorziening, -locatie en –afdeling. Ter verduidelijking van deze begrippen het volgende. Met longstayvoorziening wordt gedoeld op het (aangepaste) zorgaanbod gericht op tbs-longstaypatiënten. Anno 2015 wordt dit type zorg aangeboden op twee locaties van de Pompestichting; beide longstaylocaties hebben meerdere longstay-afdelingen (zie 1.4).

1.4 Tbs-longstaypatiënten: populatie en voorzieningen

De DJI beslist namens de minister van Veiligheid en Justitie over de longstaystatus van een terbeschikkinggestelde. De LAP toetst alle door de fpc's ingediende aanvragen voor plaatsing, voortzetting of beëindiging van plaatsing van een terbeschikkinggestelde in een longstayvoorziening. Bij een aanvraag tot longstayplaatsing beoordeelt de LAP of er nog mogelijkheden zijn voor voortzetting van een op verandering gerichte behandeling dan wel doorstroming naar een instelling binnen de ggz. Indien deze mogelijkheden niet aanwezig zijn en de LAP concludeert dat er een gedegen grond is voor een longstay-indicatie, dan adviseert de LAP plaatsing in de longstay aan het hoofd van de afdeling Plaatsing. Deze beslist vervolgens namens de minister van Veiligheid en Justitie of deze indicatie wordt afgegeven.[9] In 2013 en 2014 heeft de LAP in het kader van eerdergenoemde driejaarlijkse toetsing negen respectievelijk vier keer geadviseerd om de longstaystatus op te heffen.[10] De adviezen van de LAP worden in de meeste gevallen overgenomen door de minister.[11]

Tabel 1 laat zien dat de gemiddelde capaciteit en bezetting in de longstayvoorzieningen de laatste jaren afnemen, net als overigens in de fpc's. De afname van de fpc-capaciteit hangt samen met een daling van het aantal tbs-opleggingen met bevel tot verpleging van overheidswege. De afname van de longstaycapaciteit wordt tot dusverre echter vooral beïnvloed door de aanpassing van het Beleidskader longstay forensische zorg in 2009, waarin de driejaarlijkse toets van de longstaystatus door de LAP is geïntroduceerd. Het effect daarvan, een daling van de longstay bezetting[12], wordt zichtbaar vanaf 2011. Op jaarbasis bedraagt het aandeel vrouwen in fpc's 6%; er verblijven ongeveer zes vrouwen in de longstay.

Tabel 1: Gemiddelde capaciteit en gemiddelde bezetting fpc's en longstay 2009-2014

	Capaciteit fpc	Bezetting fpc	Capaciteit longstay	Bezetting longstay
2009	2.084	2.008	182*	197
2010	2.156	1.977	202	193
2011	2.067	1.875	202	180
2012	2.077	1.768	202	162
2013	1.858	1.704	155*	148
2014	1.817	1.564	120*	126

* Er is flexibele capaciteit beschikbaar waardoor hogere bezetting mogelijk is.

Bron: DJI, *Forensische zorg in getal 2009-2013*, p. 19-20; DJI, *Forensische zorg in getal 2010-2014*, p. 24-25.

Het Beleidskader longstay 2009 stelt dat het hulpaanbod moet worden afgestemd op de kenmerken van doelgroepen zoals "psychotisch kwetsbare patiënten, psychopaten, persoonlijkheidsgestoorden, mensen met een autistiforme stoornis, manisch depressieve mensen, zedendelinquenten en verstandelijk gehandicapten".[13] De verschillen in zorgniveau hebben onder meer betrekking op de mate van controle en structuur, op de mate van psychiatrische zorg (één-op-één begeleiding) en op somatische zorg (waaronder inschakeling van externe thuiszorg en verpleging). Uit een in 2013 uitgevoerde evaluatie van het Beleidskader komt naar voren dat op dat moment in de praktijk twintig longstay-afdelingen bestaan, die volgens respondenten van elkaar verschillen in 'behandelklimaat'. Daarmee wordt gedoeld op een verschil in de mate waarin er zorg, begeleiding, structuur en beveiliging wordt geboden. Bij de differentiatie werd gekeken naar diverse aspecten van de longstaygestelde, zoals begeleidbaarheid, zelfstandigheid, risicovol gedrag, drugsgebruik, pathologie (waaronder psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), kwetsbaarheid, behoefte aan structuur en contact met medepatiënten.[14] Voor een beschrijving van de (destijds) zes longstay-afdelingen van locatie Vught van de Pompestichting (48 bedden), acht longstay-afdelingen van locatie Zeeland van de Pompestichting (88 bedden), vier afdelingen in fpc Veldzicht (46 bedden) en twee afdelingen in de Van der Hoevenkliniek (20 bedden) wordt verwezen naar de genoemde evaluatie.[15] Duidelijk is dat er op dat moment, dat wil zeggen kort voorafgaand aan de invoering van het Masterplan DJI, nog een uitgebreid en volgens respondenten toereikend gedifferentieerd aanbod van longstayvoorzieningen was.

Medio 2015 heeft als gevolg van de genoemde ontwikkelingen alleen de Pompestichting nog de beschikking over longstayvoorzieningen, namelijk op de locaties Vught en Zeeland (Noord-Brabant). Deze worden hier kort nader belicht.

De locatie van de Pompestichting in Vught maakt onderdeel uit van de PI Vught. Concreet betekent dit dat de Pompestichting plekken inkoopt bij PI Vught en daarbij een beroep doet op daarin beschikbare materiële en personele middelen. Deze bijzondere samenwerkingsconstructie tussen fpc Pompestichting en PI Vught is in de jaren negentig opgezet, gelet op de grote capaciteitsnood destijds in de tbs waaraan in paragraaf 1.1 werd gerefereerd, aanvankelijk als preklinische interventie.[16] Het idee bij deze als tijdelijk bedoelde capaciteit was dat een terbeschikkinggestelde na een verblijf van ongeveer één jaar zou worden overgeplaatst naar de locatie Nijmegen, waar het in PI Vught opgestelde behandelplan verder zou worden vormgegeven. In 2005 werd in PI Vught de longstayvoorziening ingericht (48 bedden), naast de reeds bestaande tbs-plaatsen. Hiermee kreeg de tbs-voorziening in de penitentiaire setting in Vught als enige een vervolg, in tegenstelling tot vergelijkbare voorzieningen in andere penitentiaire inrichtingen die zijn afgebouwd zodra de tbs-capaciteit in reguliere fpc's toereikend bleek. In 2013 werden de reguliere tbs-plaatsen in Vught afgebouwd.[17]
De locatie Vught van de Pompestichting beschikt in 2015 nog over 24 plaatsen, verdeeld over drie afdelingen. Dit betreft zes plaatsen op een afdeling voor terbeschikkinggestelden met een longstay- en evbg-status (zie hierna), zes plaatsen op een afdeling waar tbs-

longstaypatiënten veel structuur wordt geboden en twaalf plaatsen op een afdeling waar zij meer vrijheden krijgen. In Vught verblijven thans met name tbs-longstaypatiënten die vanwege psychopathie veel structuur en begeleiding nodig hebben. De CvT maakt zich al vele jaren zorgen over de negatieve consequenties van de inbedding van de longstayvoorziening in PI Vught.[18]

De locatie Zeeland van de Pompestichting bevindt zich op een groot, landelijk gelegen terrein. Het woongebouw is gescheiden van de gebouwen waar gewerkt en/of gerecreëerd wordt. Er zijn acht afdelingen met elk elf plaatsen.[19] De mate van de geboden begeleiding verschilt. Enkele afdelingen zijn specifiek gericht op (chronisch) psychotische tbs-longstaypatiënten. Daarnaast is er een afdeling voor patiënten met een autisme spectrum stoornis. In andere afdelingen verblijven tbs-longstaypatiënten met uiteenlopende stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, die meer autonomie aankunnen. Een groot deel van hen heeft verlofmogelijkheden.[20]

1.5 Tbs-longstaypatiënten met evbg-status: populatie en voorzieningen

Naast een longstaystatus, kunnen terbeschikkinggestelden (tegelijkertijd) de status 'extreem vlucht- en beheersgevaarlijk' (evbg) hebben. Uit navraag bij DJI blijkt dat klinieken een evbg-verzoek kunnen indienen middels een standaard formulier. Het verzoek wordt vervolgens behandeld door een evbg-commissie die viermaal per jaar bijeenkomt. De commissie bestaat uit psychiaters en psychologen uit het veld (NIFP, inrichtingen). De commissie adviseert de minister die vervolgens een beslissing neemt (in de praktijk thans de staatssecretaris, namens hem Hoofd afdeling Plaatsing van Directie Forensische Zorg van DJI).

In de longstayvoorziening in Vught zijn zes plaatsen beschikbaar voor tbs-longstaypatiënten die tevens extreem vlucht- en beheersgevaarlijk worden geacht. Het betreft personen waarvan de psychische problematiek dusdanige veiligheidsrisico's met zich mee brengt dat een zeer hoge mate van beveiliging nodig wordt geacht en de patiënten onderling geen enkel contact hebben. Voor deze groep is in de longstayvoorziening Vught een aparte afdeling gecreëerd, de ZISZ-afdeling, ook wel bekend als sterretjesafdeling of afdeling A van PI Vught. Wanneer wordt toegewerkt naar overplaatsing naar een andere afdeling, is contact mogelijk met patiënten van deze afdelingen.
Gelet op de zeer hoge mate van beveiliging is deze afdeling met vijf medewerkers op zes plaatsen de meest arbeidsintensieve longstayvoorziening. Vanwege de complexiteit van de problematiek en de zwaarte van de functie bestaat voor het personeel een (vooralsnog informeel) systeem van roulatie.[21] In juni 2015 waren vier van de zes plaatsen van deze afdeling bezet.

Overigens verblijven soms, op tijdelijke basis en met toestemming van het ministerie, ook patiënten zonder longstay- of evbg-status op de ZISZ-afdeling. Het betreft meestal patiënten voor wie de longstaystatus is aangevraagd maar nog niet is toegekend of patiënten voor wie wordt overwogen longstay en/of evbg-status aan te vragen en die daarom ter observatie op de ZISZ-afdeling verblijven.

1.6 Risico's en knelpunten in de huidige situatie

1.6.1 'Monopoliepositie' Pompestichting wat betreft longstayvoorziening

Risico (te) eenzijdige visie

Gelet op de 'monopoliepositie' van de Pompestichting met betrekking tot de longstay bestaat op termijn het risico van het ontwikkelen van een (te) eenzijdige visie op de problematiek en de behandeling van tbs-longstaypatiënten. De mogelijkheden van bijvoorbeeld uitwisseling van ervaringen, intercollegiale toetsing, samenwerking op deelterreinen en benchmarking zijn niet aanwezig wanneer voor een bepaalde categorie patiënten slechts één zorgaanbieder aanwezig is. Waar voorheen op casusniveau regelmatig contact was met vooral fpc Veldzicht en tbs-longstaypatiënten in bepaalde gevallen van de ene naar de andere inrichting werden overgeplaatst, is dit thans niet meer mogelijk. Omdat daarnaast patiënten jarenlang in de longstay verblijven kan, mede als gevolg van incidenten en casusoverleg daaromtrent, een beeld rondom een patiënt ontstaan waarvan binnen de kliniek nog maar moeilijk los te komen is. De mogelijkheid bestaat dat de wisselwerking tussen de (lage) verwachtingen van behandeling en het gedrag van een patiënt leidt tot een negatief en zichzelf versterkend proces. Onbedoeld gevolg is dat in die gevallen hernieuwde 'behandel'-pogingen uitblijven, waardoor de opzet om de longstay uit te kunnen stromen in het gedrang komt. Het risico om 'op te geven' geldt ook en wellicht met name voor de ZISZ-afdeling, waar tbs-longstaypatiënten gedurende lange tijd volledig op het behandelteam zijn aangewezen, dat op een bepaald spoor zit en constant met zeer zware problematiek wordt belast.

Dat dit risico niet denkbeeldig is, zou volgens patiënten van de locatie Vught waarmee de Raad sprak, blijken uit de uitstroom, die relatief vaak op initiatief van de LAP zou plaatsvinden. Uit navraag bij de LAP blijkt dat de cijfers in 2013 en 2014 deze bewering ondersteunen. In beide jaren adviseerde de LAP in het kader van periodieke en tussentijdse herbeoordelingen in totaal (op jaarbasis) over 30 zaken van de Pompestichting, waarvan in 2013 negen en in 2014 twee zaken leidden tot het advies van de LAP om de longstaystatus op te heffen. In deze elf zaken waarin de LAP adviseerde om de longstaystatus op te heffen, was het advies van de LAP achtmaal (namelijk in zeven zaken respectievelijk één zaak) contrair aan het advies van de kliniek.[22] Het omgekeerde (de Pompestichting adviseert opheffing, maar de LAP adviseert voortzetting van de longstaystatus) kwam in deze periode niet voor.[23] De Pompestichting heeft hierin wel twee- respectievelijk eenmaal zelf verzocht om de longstaystatus op te heffen, hetgeen door de LAP in haar advies aan de minister werd overgenomen. Hoewel het aantal gevallen beperkt is, valt op grond van deze gegevens het risico van een mogelijk eenzijdige visie bij de Pompestichting niet uit te sluiten.

Praktijk 'time-out' mogelijkheden onbekend

Een manier om het risico op een eenzijdige visie te verkleinen en een ontstane impasse in de behandeling te doorbreken, kan het tijdelijk plaatsen van de tbs-longstaypatiënt in een andere fpc zijn. Dit is mogelijk in het kader van een zogenaamde 'observatieplaatsing' op grond van artikel 13 Bvt. In dit artikel is vastgelegd dat een terbeschikkinggestelde voor een periode van maximaal zeven weken, met een verlenging van maximaal vier weken,

ter observatie in een andere inrichting kan worden geplaatst. De wetgever heeft hiermee beoogd een *'time-out'* mogelijkheid te creëren die er primair op gericht moet zijn om de terbeschikkinggestelde te observeren en die bijdraagt aan een doelmatig verloop van de verpleging. De observatie kan tot doel hebben onderzoek te doen naar de oorzaak van de in de inrichting met betrekking tot de verpleging en behandeling gerezen problemen (crisisinterventie). [24]
Uit de gesprekken, gevoerd in het kader van dit advies, is gebleken dat de time-outmogelijkheid op grond van artikel 13 Bvt tot dusverre (medio 2015) niet wordt gebruikt voor tbs-longstaypatiënten. Tegelijkertijd werd wel aangegeven dat er behoefte bestaat om een tbs-longstaypatiënt tijdelijk elders te kunnen plaatsen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een incident, om het personeel (tijdelijk) te ontlasten of in het kader van een second opinion bij een 'behandelimpasse'. De reden dat in de praktijk geen gebruik wordt gemaakt van artikel 13 Bvt, lijkt voornamelijk te liggen in onbekendheid met de mogelijkheid om tbs-longstaypatiënten in het kader van een observatieplaatsing in een fpc zonder longstayvoorziening te plaatsen. Of de praktijk met betrekking tot artikel 13 Bvt op dit moment tot problemen zou leiden bij het tijdelijk overplaatsen van tbs-longstaypatiënten is, in verband met gebrek aan praktijkervaring, niet duidelijk. Indien de regeling zou worden toegepast, is het met name in het geval van de tbs-longstaypatiënten met een evbg-status (gelet op de problematiek in combinatie met het beveiligingsniveau) de vraag of tijdelijke overplaatsing in de praktijk feitelijk mogelijk is.

Uit de gesprekken die de Raad in het kader van dit advies voerde blijkt, zoals aangegeven, dat met name de behoefte bestaat om een tbs-longstaypatiënt tijdelijk elders te plaatsen om zowel de tbs-longstaypatiënt als de behandelaars "even op adem te laten komen". Een '*time-out'* puur en alleen om het personeel te ontlasten of enkel als interventie na een ernstig incident, is op grond van de wet echter niet mogelijk. De wet biedt geen mogelijkheid om op deze gronden artikel 13 Bvt toe te passen. De kans op spanningen en incidenten kan hierdoor toenemen met als risico dat behandelaar en tbs-longstaypatiënt vastlopen in hun behandelrelatie, met alle negatieve consequenties voor het klimaat en het zicht op uitstroom uit de longstay van dien. In de memorie van toelichting bij artikel 13 Bvt heeft de wetgever aangegeven dat voorkomen moet worden dat een onderbrenging van een terbeschikkinggestelde geen ander doel dient dan hem gedurende enige tijd uit de desbetreffende inrichting te verwijderen. De jurisprudentie van de beroepscommissie van de Raad ten aanzien van artikel 13 Bvt sluit hier op aan en stelt dat de wet thans niet de mogelijkheid biedt de verpleegde tijdelijk uit een inrichting te verwijderen zonder dat het doel van overplaatsing mede observatie is.

1.6.2 Geen rechtsmiddel interne overplaatsing; externe overplaatsing niet mogelijk

De rechtspositie van een tbs-gestelde met longstaystatus
De rechtspositie van een tbs-longstaypatiënt komt grotendeels overeen met die van een terbeschikkinggestelde zonder deze status. Een tbs-longstaypatiënt heeft in verband met zijn longstaystatus specifieke beroepsmogelijkheden.[25] Een belangrijk verschil in rechtspositie tussen terbeschikkinggestelden met en zonder longstaystatus betreft de

mogelijkheden om met verlof te gaan. Voor terbeschikkinggestelden met een longstaystatus geldt een strenger verlofbeleid; sommige tbs-longstaypatiënten komen niet in aanmerking voor verlof.[26]

Rechtspositie m.b.t. overplaatsen: interne overplaatsing niet vatbaar voor beklag of beroep
Omdat alleen de Pompestichting nog terbeschikkinggestelden met een longstaystatus kan plaatsen, zijn uitsluitend interne overplaatsingen tussen locatie Vught en locatie Zeeland of naar een andere afdeling binnen deze locaties nog mogelijk. Een beslissing tot interne overplaatsing is echter (in beginsel[27]) niet vatbaar voor beklag of beroep. Alleen tegen een beslissing tot interne overplaatsing naar een intensieve zorgafdeling (art. 32 Bvt), zoals de ZISZ-afdeling, staat beklag bij de CvT en vervolgens beroep bij de Raad open (art.56 lid sub b Bvt). Dit heeft te maken met het ingrijpende karakter van plaatsing op een afdeling waar de rechten van een terbeschikkinggestelde kunnen worden beperkt.[28]

Dat het ontbreken van een rechtsmiddel bij interne overplaatsing in de praktijk voor tbs-longstaypatiënten een probleem is, blijkt uit een aantal uitspraken[29] van de beroepscommissie van de Raad waarin klagers, verblijvend in één van beide locaties van de Pompestichting, niet-ontvankelijk worden verklaard in hun (subsidiaire) verzoek om interne overplaatsing naar de andere longstaylocatie. In een recente beroepszaak waarin de beroepscommissie van de Raad uitspraak heeft gedaan, voerde een tbs-longstaypatiënt aan dat er nog maar twee longstaylocaties in Nederland zijn en dat het bijzonder zou zijn als geen beroep mogelijk was tegen afwijzing van een verzoek om overplaatsing naar een andere longstaylocatie.[30] Deze tbs-longstaypatiënt had de staatssecretaris verzocht hem over te plaatsen van longstaylocatie Zeeland naar longstaylocatie Vught. Zijn advocaat heeft aangevoerd dat het niet om een verzoek om interne maar externe overplaatsing gaat, nu het gaat om een andere locatie, ander personeel en andere omstandigheden. De beroepscommissie heeft klager niet-ontvankelijk verklaard in zijn beroep omdat de locaties Zeeland en Vught beide tot de Pompestichting behoren en niet kunnen worden aangemerkt als afzonderlijke tbs-inrichtingen. De beroepscommissie merkt in haar overwegingen op dat het aan de wetgever is in een beroepsmogelijkheid ten aanzien van beslissingen over interne overplaatsingen te voorzien.

Rechtspositie m.b.t. overplaatsen: externe overplaatsing longstay materieel niet mogelijk
Formeel gezien is de rechtspositie van een tbs-gestelde met een longstaystatus sinds de invoering van het Masterplan DJI niet veranderd. Feitelijk is de beroepsmogelijkheid van tbs-longstaypatiënten met betrekking tot externe overplaatsing niettemin komen te vervallen omdat er geen andere kliniek (meer) is die hen kan opnemen. Dit betekent in de praktijk dat tbs-gestelden met een longstaystatus niet-ontvankelijk zijn in hun verzoek om overplaatsing naar een andere longstaykliniek. Hun materiele rechtspositie is verslechterd ten opzichte van de situatie voor het Masterplan DJI.

Zoals eerder aangegeven bestaat er nog wel een mogelijkheid tot *tijdelijke* externe overplaatsing naar een andere kliniek voor de duur van maximaal zeven weken, met een verlengingsmogelijkheid van maximaal vier weken (de observatieplaatsing o.g.v. art. 13

Bvt). Een tbs-gestelde, ook met longstaystatus, kan de staatssecretaris verzoeken om toepassing van art. 13 Bvt. Indien de staatssecretaris dit verzoek afwijst, kan de tbs-gestelde tegen deze beslissing beroep instellen bij de Raad. In paragraaf 1.6.1 is ingegaan op enkele beperkingen bij deze optie.

1.6.3 Zorgen over longstaylocatie Vught

De hiervoor beschreven knelpunten hebben betrekking op de negatieve gevolgen van de Pompestichting als enige kliniek met een longstayvoorziening. Tijdens de periode waarin aan dit advies werd gewerkt, kwamen daar zorgen bij over de longstaylocatie Vught als zodanig. De Raad constateert dat de inbedding van de longstayvoorziening in de PI Vught, negatieve consequenties heeft voor de tbs-longstaypatiënten die daar verblijven. Tijdens het eerdergenoemde werkbezoek aan de longstaylocatie Vught bleek dat het klimaat en de algemene gang van zaken in deze locatie in grote mate worden bepaald door de setting in de gevangenis. Verder maakt de Raad zich zorgen over de kleinschaligheid van de longstaylocatie in Vught en over de situatie op de ZISZ-afdeling. Hierna wordt dieper op deze drie onderwerpen ingegaan.

1.6.3.1 Negatieve gevolgen van inbedding in een PI

Inleiding
Naar de inbedding van tbs-afdelingen in het gevangeniswezen is onderzoek gedaan. In 2008 constateerden de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in een gezamenlijk onderzoek dat de bewegingsvrijheid voor tbs-patiënten die op afdelingen in het gevangeniswezen verblijven weliswaar beperkter is dan in fpc's gebruikelijk, maar dat de betreffende locaties in het algemeen voldoende doen om de bewegingsvrijheid te optimaliseren.[31] In datzelfde jaar concludeerde Regioplan in een onderzoek in opdracht van het WODC dat, hoewel de kwaliteit van de tbs-plekken in de pi's voldoet aan de formele eisen die worden gesteld, deze tbs-plaatsen niet of slechts ten dele vergelijkbaar zijn met tbs-plekken in de moederklinieken.[32]
De Raad constateerde in 2009 dat binnen tbs-afdelingen in een penitentiaire omgeving om verschillende redenen een lager niveau van zorg en behandeling werd gerealiseerd en dat tbs-capaciteit in het gevangeniswezen alleen zou moeten worden toegepast als noodmaatregel.[33]
Hoewel aan de bevindingen verschillende gevolgtrekkingen werden verbonden, maken bovengenoemde onderzoeken duidelijk dat destijds sprake was van verschillen tussen tbs-afdelingen in gevangenissen ten opzichte van moederklinieken. Voor wat betreft de longstayvoorziening in PI Vught lijkt dit, gelet op het volgende, thans onverminderd het geval.

Personeel in dienst van de Penitentiaire Inrichting (PI)
Het personeel dat de patiënten in de longstaylocatie Vught dagelijks verzorgt en begeleidt, is voor het overgrote deel afkomstig van de PI Vught en is ook formeel in dienst van de PI. Dit geldt ook voor het bedrijfsvoerend personeel en de twee psychiaters van

de PI Vught, die beurtelings beschikbaar zijn voor de longstayvoorziening. Uitsluitend het behandelinhoudelijk personeel (drie fte, dat wil zeggen circa 10% van het team) is in dienst van de Pompestichting. Het betreft een behandelcoördinator, een assistent behandelcoördinator en een maatschappelijk werker die, onder verantwoordelijkheid van de clustermanager langdurig patiëntenzorg lfpz (nagenoeg) fulltime aanwezig zijn in longstaylocatie Vught. De (voormalige) penitentiaire inrichtingswerkers (piw-ers) die de longstaypatiënten dagelijks begeleiden zijn weliswaar bijgeschoold tot Zorg Behandel Inrichtingswerker (ZBIW-er), maar het feit dat de achtergrond van het overgrote deel van dit personeel in het gevangeniswezen ligt, drukt een stempel op de het klimaat binnen de longstay. Dit wordt benadrukt door het dragen van DJI-dienstkleding door een deel van het personeel. Het personeel in de PI is vanwege de aard van hun functie meer gericht op structuur en veiligheid en minder op het creëren van een therapeutisch klimaat. Het feit dat de intervisie voor het personeel door de PI Vught wordt georganiseerd en begeleid, onderstreept en versterkt de invloed van de gevangeniscultuur op het personeel.

Beheersmatige cultuur en beperkend regime gevangeniswezen; risico hospitalisatie
Bij het inrichten van de longstayvoorziening werd gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en zorg voor deze specifieke groep terbeschikkinggestelden. Dit uitgangspunt is ook terug te vinden in het huidige Beleidskader Longstay Forensische Zorg. In het beleidskader is tevens opgenomen dat het therapeutisch klimaat in longstayvoorzieningen zoveel mogelijk moet aansluiten bij de mogelijkheden van de tbs-longstaypatiënt en dat onnodige beperkingen in de autonomie moeten worden vermeden, onder meer om 'learned helplessness' (of, anders gezegd, het risico van hospitalisatie) te voorkomen. Het is belangrijk om de tbs-longstaypatiënt invloed te laten hebben op zijn (leef)wereld en zo zijn zelfwaarde te verhogen. Kleine zaken, zoals bijvoorbeeld het (mede) bepalen van het menu of het organiseren van afdelingsactiviteiten, kunnen hier al aan bijdragen.[34]
In het gevangeniswezen heerst in de eerste plaats een beheersmatige cultuur, terwijl in de tbs een therapeutisch klimaat voorop staat. De beheersmatige cultuur leidt onder meer tot meer beperkingen in de bewegingsvrijheid. Deze beperkingen in de bewegingsvrijheid, het kleinere aanbod van werkzaamheden en activiteiten door schaalgrootte en de gebouwelijke voorzieningen zijn structurele aspecten die van invloed zijn op de kwaliteit van de tbs-plekken in het gevangeniswezen, zo constateerde Regioplan in eerdergenoemd onderzoek.[35]

Dat de beheersmatige cultuur van het gevangeniswezen ook nu nog botst met de eisen die een therapeutisch klimaat stelt aan de omgeving, blijkt uit verschillende voorbeelden. In Vught gelden, vergeleken met andere locaties van de Pompestichting, beperktere in- en uitsluittijden en bezoektijden. De CvT maakt zich hier, zoals eerder aangegeven, al jaren zorgen over. Dat onderling overleg tussen de directies en met de CvT hierin onvoldoende verbetering heeft kunnen aanbrengen blijkt onder meer uit het signaal van de CvT (zie bijlage 2). Uit tijdens het werkbezoek gevoerde gesprekken blijkt voorts dat het toelaten van bezoek en goederen, dat via het terrein van de PI loopt, geregeld tot problemen leidt vanwege verschillen in de regelgeving tussen een penitentiaire en tbs-setting. Verder kwam naar voren dat longstaylocatie Vught op grond van het landelijke beleid dat voor PI's geldt,

verplicht is om kant en klare maaltijden van een door DJI gecontracteerde cateraar af te nemen. Dit gaat ten koste van het (budget voor) zelf koken binnen de longstay, terwijl het zelf bereiden van de maaltijd, zoals in het beleidskader aangegeven, juist een onderdeel vormt van het beoogde therapeutisch klimaat. Uit het gesprek met vertegenwoordigers van de patiëntenraad, bleek verder dat zij het klimaat binnen de longstaylocatie in PI Vught als heel anders ervaren dan het klimaat binnen een reguliere fpc of longstaylocatie Zeeland. De Raad constateert op grond van het werkbezoek verder dat gedetineerden en tbs-longstaypatiënten niet (volledig) gescheiden van elkaar verblijven in ruimtes van de longstaylocatie Vught. Het feit dat de patiëntenstromen niet (volledig) gescheiden zijn, versterkt de invloed van de gevangeniscultuur op de longstayvoorziening. Een veroordeling/straf, een verdenking en een maatregel zijn echter verschillende modaliteiten, die elk een ander doel dienen en een andere grondslag kennen. Het mengen van populaties maakt het lastiger om recht te doen aan interne rechtspositionele aspecten.

Verschillen tussen locaties Vught en Zeeland: rechtsgelijkheid in het geding
De hiervoor beschreven knelpunten als gevolg van de inbedding van een longstayvoorziening in PI Vught, hebben als gevolg dat er verschillen bestaan tussen longstaylocaties Vught en Zeeland, die niet of slechts gedeeltelijk zijn te rechtvaardigen in verband met de (specifieke) doelgroep die in Vught aanwezig is. Een minder hoge kwaliteit van leven in Vught in vergelijking met Zeeland, betekent dat tbs-longstaypatiënten die in Vught verblijven minder goed af zijn in vergelijking met tbs-longstaypatiënten die in Zeeland verblijven. Er bestaat daarmee rechtsongelijkheid tussen tbs-longstaypatiënten op grond van de locatie waar zij zijn geplaatst.

Een indicatie voor het bestaan van verschillen tussen de locaties Vught en Zeeland is het aantal bij de CvT ingediende klachten. In Vught lag in 2014 het aantal bij de CvT ingediende klachten (66) een stuk hoger dan in Zeeland (36), terwijl in Zeeland meer patiënten verblijven (85 tegenover 24 in Vught). In 2013 was dit ook het geval.[36] In beide jaren betreft het een veelheid aan klachtonderwerpen, waarbij in Vught relatief veel klachten voorkomen over bewegingsvrijheid (zie ook 1.5.3.3.).[37] Deze situatie kan het voor het personeel in Vught (nog) lastiger maken om tbs-longstaypatiënten te begeleiden. Ontevredenheid met of frustratie over het verblijf in Vught, bergt namelijk het risico in zich dat tbs-longstaypatiënten zich (meer) gaan verzetten tegen hun verblijf aldaar en zich niet (langer) inspannen om op een positieve manier hun eigen perspectief te verbeteren. Het is niet uitgesloten dat hierdoor een neerwaartse spiraal ontstaat. Dit komt het klimaat in de inrichting en de uitstroom uit de longstay vanzelfsprekend niet ten goede.

1.6.3.2 Kleinschaligheid van de longstaylocatie maakt kwetsbaar

Het aantal tbs-plaatsen van de Pompestichting in de PI Vught is de afgelopen jaren sterk gereduceerd. In 2009 had de Pompestichting nog 72 tbs-plaatsen in de PI Vught, waarvan 48 voor longstay. De locatie Vught heeft medio 2015 nog maar 24 plekken, uitsluitend longstay. Los van mogelijke leegstand, is een patiëntenpopulatie van 24 personen op langere termijn te klein om een volwaardig multidisciplinair team en andere zorg- en

begeleidingsvoorzieningen goed te kunnen laten functioneren. Een klein team betekent bovendien vaak ook minder variatie in behandel- en begeleidingsmogelijkheden binnen de behandel- en zorgvisie van de kliniek, simpelweg omdat het team uit weinig medewerkers bestaat. Dit versterkt het eerder genoemde risico op de ontwikkeling van een eenzijdige visie (zie 1.6.1).
Hoe kleiner de (longstay-)voorziening wordt, hoe moeilijker het is zo veel mogelijk -onafhankelijk van de PI Vught en zijn facilitaire en organisatorische voorzieningen- een goed niveau van zorg en begeleiding te realiseren. Tijdens het werkbezoek aan de longstayvoorziening in Vught werden ook vanuit de inrichting zorgen uitgesproken over de kleinschaligheid van de voorziening en de problemen die dit oplevert. Men ziet het als een uitdaging om de kwaliteit te waarborgen.

1.6.3.3 Zorgen over de ZISZ-afdeling

De Raad realiseert zich de complexiteit van de doelgroep van de ZISZ-afdeling (zoals beschreven in paragraaf 1.5), en heeft specifieke zorgen met betrekking tot deze afdeling. Tijdens het werkbezoek is naar voren gekomen dat er, ondanks inspanningen van het personeel, vrijwel dagelijks incidenten plaatsvinden op deze afdeling, dat de twee separeercellen veelvuldig worden gebruikt en dat er sprake is van een hoog personeelsverloop. Uit cijfers van de CvT over klachten met betrekking tot de locatie Vught blijkt voorts dat de tbs-longstaypatiënten die op de ZISZ-afdeling verblijven, problemen ervaren met hun verblijf op deze specifieke afdeling. Bijna de helft van de in 2014 ingediende klachten (29 van de 66) heeft betrekking op het onderwerp 'bewegingsvrijheid'. In 2013 betrof dit zelfs 30 van de 52 klachten. Deze klachten zijn voornamelijk ingediend door de bewoners van de ZISZ-afdeling. De klachten hebben betrekking op de plaatsing op deze afdeling, op de oplegging van een maatregel van afzondering alsook op de verlengingen van deze maatregelen.[38]

1.7 Recente ontwikkelingen

In deze paragraaf worden recente en binnenkort te verwachten ontwikkelingen die zien op of raken aan de longstay beschreven. De aanbevelingen in hoofdstuk 2, doet de Raad mede tegen de achtergrond van de hier genoemde ontwikkelingen.

1.7.1 Taskforce Behandelduur tbs

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018, die ongeveer tegelijkertijd met het Masterplan is afgesloten tussen de (toenmalige) staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), is opgenomen dat partijen ernaar streven de behandelduur van de tbs terug te brengen naar acht jaar. In dit kader is er een Taskforce Behandelduur tbs in het leven geroepen. Een aantal van de bevindingen en aanbevelingen van de taskforce, die begin 2015 openbaar werden, ziet op het verbeteren van de uitstroom uit de longstay. De taskforce acht het van belang dat een longstayplaatsing zoveel mogelijk wordt vermeden om het negatieve label van ex-tbs-longstaypatiënt te voorkomen. De taskforce ziet veel meer heil in het maken van

onderscheid tussen een hoge beveiligingsbehoefte en een hoge zorgbehoefte. In het laatste geval zou de patiënt beter op zijn plek zijn in de ggz.
De taskforce pleit voor maatwerk in het kader van voorbereiding op plaatsing in de ggz of de verstandelijk gehandicaptenzorg. Tot slot beveelt de taskforce aan onbegeleid verlof voor deze groep mogelijk te maken. Zo wordt stapsgewijze doorstroom naar de ggz makkelijker gemaakt.[39]
In zijn reactie heeft de (voormalige) staatssecretaris toegezegd onbegeleid verlof met het oog op het vergemakkelijken van de overgang naar een vervolgvoorziening onder bepaalde voorwaarden toe te staan. De Verlofregeling tbs als ook het Beleidskader longstay (zie hierna) zal hierop worden aangepast.[40]

1.7.2 Manifest van Lunteren

In november 2013 hebben tijdens een werkconferentie diverse bij de oplegging en tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel betrokken organisaties afspraken gemaakt, met als doel het vertrouwen in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel te vergroten. Dit vanuit de overtuiging dat de tbs een waardevol systeem is om te behouden. Het resultaat, het Manifest van Lunteren[41], is een set van afspraken om knelpunten bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel op te lossen en is het gevolg van een gezamenlijk initiatief van de directies fpc's en DForZo. De afspraken zien op de drie thema's: verlengingszitting, behandelduur en longstay. Ten aanzien van de longstay is onder meer afgesproken dat de fpc's inzet plegen om draagvlak te creëren bij de ggz voor de opvang van deze doelgroep.
De hiervoor genoemde Taskforce Behandelduur tbs constateert in zijn rapport dat er op alle afspraken in het Manifest van Lunteren goede resultaten zijn geleverd. De acties lopen nog door; in het najaar van 2015 volgt er een nieuwsbrief en in het najaar van 2016 zullen de betrokken organisaties opnieuw bijeenkomen in een werkconferentie.

1.7.3 Beleidskader Longstay Forensische Zorg

In het Beleidskader longstay[42] zijn onder meer de criteria voor instroom en plaatsing, de rechtspositie en de kwaliteit van zorg en leven voor terbeschikkinggestelden in de longstay geregeld. In het huidige beleidskader longstay uit 2009 zijn, in vergelijking met het beleidskader uit 2005, onder meer de (driejaarlijkse) onafhankelijke toets door de LAP en de interne differentiatie naar drie beveiligings- en drie zorgniveaus geïntroduceerd. Het beleidskader is in 2013 geëvalueerd door onderzoeksbureau Significant in opdracht van het WODC. Significant noemt als één van de belangrijkste knelpunten bij de uitvoering van het huidige beleidskader, de differentiatie in zorg- en beveiligingsniveau die tot spraakverwarring heeft geleid (verschillen in invulling/interpretatie) en niet correspondeert met de praktijk waarin voor een kleine populatie op basis van verschillende factoren differentiatie plaatsvindt. Daarnaast concludeert Significant dat de doorlooptijd van de herbeoordelingen langer is dan beoogd en dat er in de praktijk problemen spelen bij het vinden van een geschikte uitstroomvoorziening nadat de longstaystatus is beëindigd.[43]
In reactie op de bevindingen uit de (proces)evaluatie heeft de (toenmalige) staatssecretaris van VenJ geoordeeld dat de schematische beoordeling van tbs-longstaypatiënten aan de

hand van een vastgesteld zorgniveau niet noodzakelijk is en toegezegd het beleidskader op dit punt aan te zullen passen. Daarnaast heeft hij aangekondigd met het NIFP afspraken te maken over de doorlooptijden van het advies bij herbeoordeling en dat het Forensisch Plaatsingsloket van DJI aan de klinieken ondersteuning zal bieden bij het vinden van een geschikte vervolgvoorziening.[44]

Het ministerie van VenJ was tijdens de totstandkoming van dit advies nog bezig met de verwerking van de aanbevelingen uit de genoemde evaluatie in het nieuwe beleidskader. De toezegging van de (voormalig) staatssecretaris om, zoals aanbevolen door de Taskforce Behandelduur tbs (zie 1.6.1.), onbegeleid verlof voor longstaypatiënten mogelijk te maken, wordt daarin ook verwerkt. De Raad wordt geconsulteerd over het aangepaste beleidskader longstay.

1.7.4 WODC-onderzoek naar patiënten langer dan 15 jaar in tbs-behandeling

In het verlengde van de opdracht van de Taskforce Behandelduur tbs, heeft het ministerie van VenJ het WODC gevraagd onderzoek te verrichten naar de achtergrond en kenmerken van de groep terbeschikkinggestelden die 15 jaar of langer in behandeling zijn.[45] Het onderzoek gaat onder meer in op de vraag hoe het kan dat deze groep patiënten (bijna 100 personen op peildatum 16 september 2013) al zo lang een tbs-behandelplaats bezet houdt en niet al eerder is ingestroomd in de longstay of uitgestroomd naar een vervolgvoorziening. In april 2015 werd dit onderzoek openbaar.

Het onderzoek is interessant in het kader van dit advies, omdat hieruit blijkt dat ongeveer de helft van de bijna 80 patiënten waarvoor behandelaren vragenlijsten hebben ingevuld *(response rate* ongeveer 80%), niet eerder een longstaystatus heeft gehad. Dit is opvallend[46], aangezien een periode van behandelpogingen doorgaans ongeveer zes jaar duurt voordat tot plaatsing op een longstay-afdeling wordt overgegaan.[47] Concluderend stelt het WODC dat voor een substantieel deel van de onderzochte groep van bijna 100 langverblijvende tbs-patiënten langdurig toezicht en een sterk accent op risicomanagement gedurende langere termijn noodzakelijk lijkt te zijn, maar dat tbs-longstay met een maximaal beveiligingsniveau in combinatie met zeer beperkte verlofmogelijkheden door behandelaren vaak niet aangewezen en passend wordt geacht. De behandelaren vinden doorstroom naar de ggz vaak ook niet verantwoord omdat het accent in de reguliere ggz volgens hen te weinig ligt op (langdurig) risicomanagement.

Het WODC beveelt aan om de groep langverblijvende terbeschikkinggestelden op casusniveau te laten evalueren door een externe adviesraad om te komen tot passende en verantwoorde vervolgtrajecten. In reactie op deze aanbeveling heeft de staatssecretaris opgemerkt dat de fpc’s hiervoor reeds een gezamenlijke en geformaliseerde werkwijze hebben ontwikkeld.[48]
Het is niet uitgesloten dat, als gevolg van een dergelijke herbeoordeling van casussen, een deel van de deze categorie terbeschikkinggestelden alsnog instroomt in de longstay.

2. Aanbevelingen

2.1 Uitgangspunten en overwegingen

Mede als gevolg van de in 2009 in het Beleidskader longstay geïntroduceerde driejaarlijkse toetsing door de LAP, is het aantal tbs-longstaypatiënten de afgelopen jaren gedaald. Uit de hiervoor genoemde actuele beleidsontwikkelingen blijkt dat (ook anderszins) wordt gestuurd op uitstroom uit de longstay, waardoor de populatie naar verwachting verder zal afnemen. De Raad acht dit positieve ontwikkelingen en onderstreept de aanbeveling van de Taskforce Behandelduur tbs om plaatsing in de longstay zoveel mogelijk te vermijden om zo te voorkomen dat een terbeschikkinggestelde het negatieve label van ex-longstaypatiënt krijgt. Tegelijkertijd valt niet uit te sluiten dat de door het WODC voorgestelde evaluatie op casusniveau van bijna 100 langverblijvenden in de tbs (los van de manier waarop die organisatorisch wordt vormgegeven), de instroom in de longstay enigszins zal doen toenemen. De omvang van de gehele tbs-longstaypopulatie lijkt over het geheel genomen de komende jaren echter eerder kleiner dan groter te worden dan de huidige circa 120 personen. De vraag is daarmee aan de orde hoe op termijn het beste met deze specifieke groep terbeschikkinggestelden kan worden omgegaan. Noch bij de invoering van het Masterplan, noch in andere beleidsdocumenten is tot hier aandacht aan besteed. Evenmin is (in openbare stukken) aandacht besteed aan het feit dat thans nog maar één kliniek tbs-longstaypatiënten kan plaatsen.

De uitdaging is om voor de relatief kleine, maar *gehele* tbs-longstaypopulatie het in het Beleidskader longstay beoogde kwalitatief hoogwaardige leef- en zorgklimaat te realiseren. Een tbs-longstaypatiënt bevindt zich, in vergelijking met een reguliere terbeschikkinggestelde, feitelijk in een (nog) afhankelijke(r) positie vanwege het verminderde perspectief dat deze terbeschikkinggestelde heeft om op afzienbare termijn te kunnen resocialiseren. De opzet om uit de longstay te kunnen stromen mag daarbij niet in het gedrang komen en vraagt om een voldoende gedifferentieerde ‘zorg op maat’, die perspectief biedt op uitstroom uit de longstay. Zoals uit de probleemschets in de vorige paragraaf naar voren komt, leidt het verblijf van de gehele populatie van tbs-longstaypatiënten in één enkele kliniek (anders gezegd de ‘monopoliepositie’ van de Pompestichting) tot een aantal risico’s en knelpunten die moeten worden ondervangen. Dit betreft het risico op het ontwikkelen van een te eenzijdige visie op een tbs-longstaypatiënt en knelpunten zoals onvoldoende (bekendheid met en) gronden voor time-outmogelijkheden, het ontbreken van een rechtsmiddel bij interne overplaatsing en het niet extern kunnen overplaatsen van tbs-longstaypatiënten. Daarnaast vragen de geconstateerde knelpunten in verband met de setting van de longstayvoorziening in een penitentiaire setting om aandacht.

In dit advies zijn de volgende beginselen van goed bejegenen van toepassing, dat wil zeggen algemene uitgangspunten die de Raad hanteert als het gaat om de bejegening van ingeslotenen[49]:

- Met het oog op het beginsel van perspectief en resocialisatie is het essentieel dat een tbs- longstaypatiënt niet ‘vast’ komt te zitten door bijvoorbeeld een eenzijdige visie

van de kliniek en/of een impasse waar behandelaren en patiënt in zijn geraakt. Het perspectief op terugkeer naar een resocialiserende behandeling in een fpc of plaatsing in de reguliere ggz moet blijven bestaan;

- Het beginsel van rechtsburgerschap brengt met zich mee dat de tbs-longstaypatiënt gelegenheid heeft om rechtens op te komen tegen hem betreffende beslissingen;
- Het beginsel van rechtsburgerschap brengt verder met zich mee dat tbs-longstaypatiënten recht hebben op een gelijke behandeling: de overheid is gehouden zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de verscheidenheid onder ingeslotenen. Dit houdt in ruime zin in dat aan alle tbs-longstaypatiënten in principe dezelfde kwaliteit van leven wordt geboden.

Hierna volgen twee scenario's met aanbevelingen om de geconstateerde risico's en knelpunten in de longstay te ondervangen. Het eerste scenario ziet de Raad als het optimale model. Het betreft de sluiting van de longstaylocatie in PI Vught, gecombineerd met het inrichten van een longstayvoorziening buiten de Pompestichting. Het tweede scenario kan worden gezien als terugvalscenario. Dit scenario ondervangt niet alle risico's en knelpunten, maar behelst wel een belangrijke en noodzakelijke verbetering van de bestaande praktijk. Dit scenario omvat sluiting van een groot deel van de longstaylocatie in PI Vught. Daarnaast worden maatregelen voorgesteld om de risico's en knelpunten van de 'monopoliepositie' van de Pompestichting te ondervangen.
In beide scenario's vormt sluiting van (een groot deel van) de longstaylocatie Vught een belangrijk onderdeel. Deze aanbeveling wordt (alleen) in het eerste scenario toegelicht. Daarbij wordt ook ingegaan op de vraag hoe om te gaan met de (huidige) aldaar verblijvende populatie.

2.2 Scenario 1: sluiten van de longstayvoorziening in PI Vught in combinatie met het inrichten van een longstayvoorziening in een tweede fpc

Aanbeveling 1: Sluit de longstayvoorziening in PI Vught

Het onderbrengen van de longstayvoorziening in PI Vught is een gevolg van het tekort aan tbs-plekken in het verleden. Hoewel historisch verklaarbaar, acht de Raad een longstayvoorziening in een penitentiaire setting zoals thans aanwezig in de PI Vught, niet langer nodig en niet verantwoord. Het verwezenlijken van de in het Beleidskader longstay beoogde "zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en zorg" vraagt om een kwalitatief hoogstaand woon- en zorgklimaat, dat is gericht op het behouden van de kwaliteit van leven van patiënten. Een penitentiaire inrichting is geen optimale omgeving om dit te realiseren. Het onderbrengen van tbs-longstaypatiënten in een penitentiaire omgeving verhoogt het al bestaande risico op hospitalisatie, dat inherent is aan het verblijf in een gesloten inrichting, nu zij minder autonoom dan in een fpc kunnen functioneren. In het verleden concludeerde onder meer ook Regioplan dat een penitentiaire omgeving vanwege de blijvende beperking in bewegingsvrijheid en de beperking in het voorzieningenaanbod geen geschikte locatie is voor de doelgroep longstay, met uitzondering van tbs-longstaypatiënten die een hoge mate van beveiliging behoeven.
De invloed van het gevangeniswezen verhoogt, zoals hiervoor uiteengezet, het risico op hospitalisatie van tbs-longstaypatiënten en beperkt daarmee hun kansen op uitstroom uit

de longstay. De omvang en kleinschaligheid van de huidige longstayvoorziening in Vught (24 plaatsen) versterkt de afhankelijkheid van de Pompestichting van het DJI-personeel en de voorzieningen van PI-Vught. De tbs-longstaypopulatie aldaar is immers te klein om er een volwaardig multidisciplinair team te laten functioneren. Dit gaat ten koste van de begeleiding van deze patiënten, ook wanneer deze zoals in longstaylocatie Vught veelal met psychopathie kampen. De voor deze groep vereiste structuur, oorspronkelijk de achtergrond om deze categorie patiënten op een tbs-afdeling in de PI Vught te plaatsen, is ook elders in fpc's te realiseren. Het argument destijds om, gelet op de capaciteitsnood, tbs-voorzieningen in gevangenissen zoals PI Vught onder te brengen en vanwege die context ervoor te kiezen om hier patiënten met psychopathie te plaatsen in verband met de vereiste duidelijke structuur en bejegening, moet niet worden omgedraaid en zo worden opgevat dat voor dergelijke patiënten een penitentiaire setting nodig of vereist zou zijn. Opvang en behandeling van deze categorie vindt ook plaats in reguliere fpc's (of de ggz). Het recht van tbs-longstaypatiënten in PI Vught op een gelijkwaardige behandeling en een vergelijkbaar leefklimaat als vergelijkbare patiënten die elders verblijven, wordt hierdoor aangetast. De Raad onderschrijft dan ook de constatering van de CvT dat de kwaliteit van leven voor de tbs-longstaypatiënten die binnen de PI Vught verblijven structureel wordt aangetast. De problemen die voortvloeien uit de inbedding van een tbs-longstayvoorziening in een gevangenis zijn structureel.

Sluiting van de longstayvoorziening in PI Vught impliceert in dit scenario ook sluiting van de ZSIZ-afdeling. Met betrekking tot de thans op deze afdeling verblijvende patiënten adviseert de Raad te kiezen voor een ruim tijdpad en zorgvuldige voorbereiding van overplaatsing, eventueel op haalbaarheid getoetst via de *time-out*voorziening zoals beschreven in artikel 13 Bvt. Nieuwe gevallen zouden meteen in een andere longstay- en/ of evbg-afdeling moeten worden geplaatst.

Aanbeveling 2: Onderzoek de mogelijkheden om een longstayvoorziening in te richten in een tweede fpc

De in paragraaf 1.5 beschreven risico's en knelpunten, die samenhangen met de 'monopoliepositie' van de Pompestichting (zoals het ontwikkelen van een te eenzijdige visie op een tbs-longstaypatiënt, onvoldoende bekendheid met en gronden voor time-outmogelijkheden, het ontbreken van een rechtsmiddel bij interne overplaatsing en het niet extern kunnen overplaatsen van tbs-longstaypatiënten), zijn ernstig. Hierdoor kunnen problemen ontstaan zoals een verzwakte rechtspositie van de tbs-longstaypatiënten, onvoldoende mogelijkheden voor second opinion en, mede hierdoor, een onnodige stagnatie van de uitstroom uit de longstay. Vanwege de aanbeveling de locatie Vught te sluiten, de als gevolg daarvan noodzakelijke verhuizing van de patiënten en de speciale voorzieningen die de Pompestichting daarvoor moet treffen, verdient het overweging om de haalbaarheid te onderzoeken van een tweede longstayvoorziening in één van de andere fpc's. Omdat terbeschikkinggestelden behalve een longstaystatus daarnaast soms ook een evbg-status hebben en vanwege het beperkte aantal fpc's met een evbg-afdeling (fpc de Kijvelanden, fpc Van Mesdag en fpc Veldzicht[50]), ligt het voor de hand om één van deze fpc's te selecteren als tweede fpc met een longstayvoorziening.

In dit (eerste) scenario worden alle hiervoor geconstateerde risico's en knelpunten ondervangen. Dit is in mindere mate het geval in het hierna beschreven tweede scenario. Omdat in dit scenario alle tbs-longstaypatiënten in één kliniek (de Pompestichting) verblijven, worden aanbevelingen geformuleerd om enkele belangrijke (maar niet alle) risico's en knelpunten in de huidige situatie te ondervangen.

2.3 Scenario 2: gedeeltelijk sluiten van de longstayvoorziening in PI Vught in combinatie met het ondervangen van de risico's van de 'monopoliepositie' van de Pompestichting

Aanbeveling 3: Zorg voor gelijkwaardige voorzieningen voor tbs-longstaypatiënten

Het advies om de longstayvoorziening in PI Vught te sluiten, is bij de eerste aanbeveling toegelicht en geldt voor een belangrijk deel ook voor dit tweede scenario. Omdat in dit scenario van de inrichting van een longstayvoorziening in een tweede fpc wordt afgezien, adviseert de Raad in dit geval tenminste de tbs-longstaypatiënten die in PI Vught op de afdelingen B en F verblijven (18 plekken) binnen afzienbare termijn uit de penitentiaire omgeving te halen en onder te brengen in een van de andere locaties van de Pompestichting (Zeeland of Nijmegen). Omdat de Pompestichting geen evbg-afdeling heeft, kunnen de bewoners van de huidige ZISZ-afdeling (zes plaatsen) niet binnen de Pompestichting, maar (vanwege het ontbreken van een longstayfunctie in andere fpc's) ook niet elders worden ondergebracht. De zeer kleine afdeling blijft in dit scenario als enige longstay-afdeling in PI Vught over en raakt (verder) geïsoleerd van de Pompestichting. Dit en de te realiseren verbetering van het leefklimaat vormen belangrijke resterende knelpunten binnen dit scenario.

Aanbeveling 4: Versterk de praktijk van de tijdelijke overplaatsing op grond van art. 13 Bvt ('time-out')

Het tijdelijk plaatsen van een tbs-longstaypatiënt in een andere kliniek kan het risico op een eenzijdige visie bij de Pompestichting op de behandeling van een tbs-longstaypatiënt ondervangen, leiden tot nieuwe inzichten, een ontstane impasse doorbreken en leiden tot een nieuw perspectief. Het is om deze redenen van groot belang dat de observatieplaatsing op grond van artikel 13 Bvt waar nodig ook daadwerkelijk wordt toegepast.

De mogelijkheid om een tbs-longstaypatiënt tijdelijk ter observatie in een andere kliniek (ook niet-longstay) te plaatsen, moet beter bekend worden bij directeuren en behandelaren van klinieken, alsook bij advocaten van longstaypatiënten. De Raad beveelt het ministerie aan om de mogelijkheid van tijdelijk overplaatsen op grond van artikel 13 Bvt onder de aandacht van het veld te brengen en te bespreken. Dit proces is overigens, mede naar aanleiding van de gesprekken die in het kader van dit advies hebben plaatsgevonden, inmiddels in gang gezet, zo heeft de Raad begrepen. Om een tijdelijke overplaatsing mogelijk te maken, zullen klinieken over en weer goede afspraken moeten maken over de voorwaarden waaronder dit gebeurt. Het ministerie (i.c. de Directie Forensische Zorg van DJI) zal ervoor moeten zorgen dat er geen procedurele en materiële belemmeringen zijn om toepassing te geven aan artikel 13 Bvt. Dit vergt een flexibele en coöperatieve opstelling van zowel de (zendende als ontvangende) klinieken als het ministerie.

Het tijdelijk overplaatsen van tbs-longstaypatiënten met een evbg-status betekent gezien de problematiek en beveiliging van deze groep een extra uitdaging. Hoewel een *'time-out'* voor deze patiënten in de praktijk lastig te organiseren kan blijken, is het gezien de problemen die spelen op de ZISZ-afdeling juist van belang dat de mogelijkheid van een observatieplaatsing onderzocht en - indien nodig- daadwerkelijk gerealiseerd wordt.

Wanneer een tijdelijke overplaatsing in de praktijk niet haalbaar is, bijvoorbeeld ten aanzien van tbs-longstaypatiënten verblijvend op de ZISZ-afdeling, zal de kliniek expertise van buiten af naar binnen moeten halen. Op deze manier kan toch een second opinion plaatsvinden. Dit sluit aan bij de aanbeveling van de Taskforce Behandelduur tbs om de collegiale toetsing te intensiveren bij doorbreking van behandelimpasses of als second opinion bij complexe casussen.

De wetgever heeft bepaald dat voorkomen moet worden dat artikel 13 Bvt wordt gebruikt met geen ander doel dan de terbeschikkinggestelde voor een bepaalde tijd uit de kliniek te verwijderen. Een tijdelijke overplaatsing dient altijd tevens te worden gebruikt om de terbeschikkinggestelde te observeren ter verkrijging van nadere beeldvorming die kan dienen als second opinion ten behoeve van de begeleiding en eventuele behandeling.
Een 'time-out' op grond van artikel 13 Bvt hoeft daarmee niet primair te zijn ingegeven door een behoefte aan observatie door een andere kliniek, maar observatie zal wel te allen tijde onderdeel ervan moeten uitmaken. Een tijdelijke overplaatsing van een terbeschikkinggestelde zou daarmee voor de ontvangende kliniek tenminste de plicht inhouden om zich een beeld te vormen van de patiënt die tijdelijk bij hen verblijft en hierover rapporteren aan de zendende kliniek. Hiermee wordt gegarandeerd dat een time-out meerwaarde heeft voor de behandeling van de betreffende terbeschikkinggestelde en draagt de time-out in het geval van tbs-longstaypatiënten bij aan het voorkomen van een eenzijdige visie.
Om juridische problemen te voorkomen is het raadzaam dat fpc's bij een aanvraag in het kader van artikel 13 Bvt een helder onderscheid aanbrengen tussen het *doel* van de time-out (zoals observatie) en de omstandigheden die er *aanleiding* toe hebben gegeven (zoals een incident).

Aanbeveling 5: Pas het klachtrecht aan voor tbs-longstaypatiënten
Gezien de huidige situatie, waarin externe overplaatsing feitelijk niet mogelijk is en in dit scenario ook niet mogelijk wordt, beveelt de Raad aan om ten aanzien van de interne overplaatsing van tbs-longstaypatiënten beklag en beroep open te stellen. De Raad is zich ervan bewust dat het uitgangspunt, dat bij interne overplaatsingen (inclusief afwijzende beslissingen van de directeur op het verzoek om interne overplaatsing) geen beroepsmogelijkheid bestaat, zijn grond vindt in het feit dat die beslissingen worden genomen op basis van behandelinhoudelijke overwegingen. In de huidige situatie, met slechts één kliniek met twee longstaylocaties, zou interne overplaatsing voor tbs-longstaypatiënten echter beklagwaardig moeten zijn. Externe overplaatsing behoort immers in dit scenario niet tot de mogelijkheden, waardoor de materiële rechtspositie van tbs-longstaypatiënten verslechterd is ten opzichte van de situatie voor het Masterplan

DJI en ten opzichte van terbeschikkinggestelden zonder longstaystatus. Deze situatie, in combinatie met het feit dat een tbs-longstaypatiënt in de praktijk afhankelijk is geworden van het beleid en de visie van één kliniek, vraagt om versteviging van de rechtspositie van de tbs-longstaypatiënt en dit kan deels worden gerealiseerd door hem een rechtsmiddel te geven bij interne overplaatsing. Tegelijkertijd wordt hiermee een extra externe toets gecreëerd, die het geschetste risico op een eenzijdige visie (mede) kan ondervangen. Het uitbreiden van het klachtrecht voor tbs-longstaypatiënten kan als aandachtspunt worden meegenomen bij de (voorgenomen evaluatie en aanpassing van) de BvT.

Bijlage 1

Lijst van personen met wie in het kader van dit advies is gesproken of van wie anderszins informatie is verkregen

(Naar aanleiding van het) werkbezoek op 3 juni 2015 aan de longstayvoorziening in PI Vught:

- Mw. Groeneweg, directeur algemene zaken Pompestichting
- Mw. Brouns, directeur patiëntenzorg Pompestichting
- Dhr. Adank, plv. vestigingsdirecteur PI Vught
- Dhr. Braun, clustermanager patiëntenzorg LFPZ Pompestichting
- Dhr. Donders, zorgmanager LFPZ DJI
- Dhr. Hulsbos, psychiater, 1e geneeskundige PI
- Dhr. Van de Vijver, justitieel verpleegkundige zorg tbs
- Dhr. Kohler, ZBIW'er
- Dhr. Van Boxtel, ZBIW'er
- Twee tbs-longstaypatiënten namens de Patiëntenraad

Namens de commissie van toezicht van de Pompestichting (diverse momenten):
- Dhr. Lensing, voorzitter
- Mw. Van der Lande, maandcommissaris
- Dhr. 's-Gravenmade, maandcommissaris

Tijdens het jaarlijks overleg van de sectie tbs van de Raad met de algemeen en/of behandelend directeuren van de fpc's en fpk's, het PBC, Tactus Verslavingszorg, het Forensisch Netwerk GGZ NL en Directie Forensische Zorg DJI op maandag 15 juni 2015:
- Dhr. Beintema, directeur behandelzaken, FPC van Mesdag, tevens voorzitter LBHIV
- Dhr. Enzerink, divisiemanager forensische Verslavingszorg, Tactus Verslavingszorg
- Dhr. Van der Hoorn, directeur behandeling en risicomanagement, FPC Kijvelanden
- Dhr. Nijhuis, algemeen directeur (ad interim), FPC Veldzicht
- Dhr. Van Heumen, algemeen directeur, FPK de Woenselse Poort
- Dhr. Souwerbren, algemeen directeur, FPC Van der Hoevenkliniek
- Mw. Brouns, directeur patiëntenzorg, FPC Pompestichting
- Dhr. Van der Lugt, algemeen directeur, FPC de Oostvaarderskliniek
- Mw. Tenneij, wnd. afdelingshoofd afdeling Kwaliteit, DForZo, DJI
- Dhr. Van Gemert, sectordirecteur FZ, DForZo, DJI

Landelijke Adviescommissie Plaatsing
- Mw. Leentvaar-Loohuis, secretaris

Medewerkers van DJI:
- Dhr. De Jong, plv. hoofd afdeling Juridische Zaken directie Bestuursondersteuning
- Dhr. Oosterom, afdeling niet bekend, DJI
- Mw. Tenneij, wnd. afdelingshoofd afdeling Kwaliteit, DForZo, DJI

Bijlage 2

COMMISSIE VAN TOEZICHT

FPC Pompestichting, locatie Nijmegen

Aan: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
T.a.v. mr. L.A.J.M. de Wit, algemeen voorzitter
Postbus 30137
2500 GC 's-Gravenhage

correspondentie:
Postbus 9030
6800 EM Arnhem

telefoon 026-3592650
fax 026-3592600

Kenmerk: aandacht problematiek situatie tbs-locatie Vught

Arnhem, 24 april 2015

Geachte de heer de Wit,

De Commissie van Toezicht van de Pompestichting wil het volgende onder uw aandacht brengen.

Zoals bekend is de Pompestichting al enige jaren verantwoordelijk voor de uitvoering van de TBS voor patiënten/bewoners die zijn geplaatst op de LFPZ-voorziening te Vught.
Door de Pompestichting wordt met behulp van een dienstverleningsovereenkomst de daarvoor bestemde zorg ingekocht vanuit de PI Vught, hetgeen onder meer inhoudt dat grotendeels door PI personeel deze zorg en begeleiding wordt geleverd. Daarnaast is vanaf medio 2009 binnen deze LFPZ-voorziening een zeer intensieve zorgafdeling (ZISZ-afdeling) geopend van 6 plaatsen.
In de afgelopen jaren is het totale aantal plaatsen van deze LFPZ-voorziening afgenomen van 48 naar thans 24 plaatsen.

De Commissie van Toezicht heeft al diverse malen in haar jaarverslagen haar zorg uitgesproken over de negatieve consequenties van de inbedding van de afdelingen binnen het gevangeniswezen. In haar recent verschenen jaarverslag 2014 is daar wederom melding van gemaakt. Wij verwijzen daar op deze plaats naar.

Het meest zorgelijke gevolg van deze inbedding betreft de uitsluittijden. Deze waren bij aanvang al zeer mager, omdat er van een te lage personeelssterkte (fte) werd uitgegaan. In de loop der jaren zijn deze uitsluittijden nog verder uitgehold, tot een huidig nauwelijks acceptabel niveau.
Daarnaast en bovenop worden er regelmatig noodscenario's gedraaid, ingegeven door ad hoc personeelskrapte vanwege ziekte, vakantie, wisselingen van wacht en andere oorzaken.
Na jarenlange inspanningen van de directie van de Pompestichting alsook van degene die namens PI Vught verantwoordelijk is voor de gang van zaken bij de TBS op deze locatie en van onze Commissie, en na jarenlang hopen op een afdoende oplossing voor dit probleem, zijn wij op een punt beland dat de Commissie helaas moet constateren dat deze situatie structureel genoemd moet worden en dat de kwaliteit van leven voor de TBS-gestelden binnen de PI Vught structureel wordt aangetast.
Recent is de Commissie geïnformeerd over de zoveelste tijdelijke aanpassing van het dagprogramma, ditmaal voor de bewoners van de ZISZ-afdeling. Vanaf maart 2015 wordt daar een noodscenario gedraaid op de dinsdagen en de woensdagen. Op 17 april 2015 werd deze maatregel weer met vier weken verlengd.

De Commissie van Toezicht is zich ervan bewust dat de komende tijd landelijk het aantal LFPZ plaatsen zal afnemen. Dit laat onverlet dat naar haar mening aan de thans verblijvende bewoners binnen de locatie Vught die zorg dient te worden verleend welke hen toekomt en dat deze structurele personele problemen niet langer op hen mogen worden afgewenteld.

Omdat - zoals gezegd - alle eerdere inspanningen van de kliniek en van de verantwoordelijken bij de PI Vught en van onze Commissie kennelijk niet tot een bevredigend resultaat hebben mogen leiden, acht zij in het kader van haar taak in verband met het waarborgen van een goede bejegening en van de rechtspositie van de verpleegden de tijd meer dan rijp uw uitdrukkelijke aandacht voor het hierboven gestelde te vragen.
De Commissie is gaarne bereid tot het verschaffen van nadere informatie en tot overleg.

Een afschrift van deze brief zal tevens worden verstuurd naar de directie van de Pompestichting, de directie van PI Vught en aan de directie Forensische Zorg (Ministerie van Veiligheid en Justitie).

Hoogachtend,

mr. J.A.W. Lensing
voorzitter commissie van toezicht Pompestichting

Noten

1. Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*, 2013, p. 7. Zie ook de brief aan de Tweede Kamer naar aanleiding van het rapport '*Zorg voor vóórt-durend delictgevaarlijke tbs-verpleegden'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 24 587, nr. 28.
2. C.H. de Kogel en C. Verwers, *De longstay afdeling van Veldzicht, een evaluatie*, WODC, 2003, p.11 en 28. Zie ook de brief aan de Tweede Kamer naar aanleiding van het rapport '*Zorg voor vóórtdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 24 587, nr. 28.
3. In het huidige Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009 is de driejaarlijkse toets door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg (LAP) geïntroduceerd. De LAP nieuwe stijl is op 1 februari 2011 gestart met haar werkzaamheden (zie jaarverslag LAP 2012). Het instellingsbesluit LAP dateert van 15 april 2012.
4. In het Masterplan werd een groot aantal maatregelen genomen om een bezuinigingstaakstelling van 340 mln euro in te vullen. Op tbs-terrein hield dit in dat, in overleg met de sector, tbs-gestelden niet meer zouden worden geplaatst in de drie fpc's Oldenkotte, Veldzicht en 2Landen die daardoor moesten sluiten (Kamerstukken 24587, nr. 490 en nr. 535). De Raad heeft destijds op eigen initiatief hierover geadviseerd (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies Masterplan DJI 2013-2018*, 2 mei 2013). Daarbij is, evenmin als in het Masterplan en de parlementaire behandeling ervan, ingegaan op de gevolgen voor tbs-longstaypatiënten en de longstayvoorzieningen.
5. Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 29 april 2008, *Longstay, aanvulling op het advies Longstay d.d. 1 februari 2008*, p. 3-4.
6. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, *Langdurig forensisch psychiatrische zorg, landelijk zorgprogramma versie 2.0, laatst gewijzigd 21-11-2014*, p.8. Bij de evaluatie van het Beleidskader longstay 2009 wezen respondenten op de begripsverwarring ten aanzien van longcare en longstay. Zie: Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*, 2013, p. 43.
7. Dienst Justitiële Inrichtingen, *Forensische zorg in getal 2010-2014*, p. 20.
8. Lammers, Vrinten en Nijman, 2015, *(Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn*, p. 5. De genoemde aantallen hebben betrekking op de peildatum 16 september 2013.
9. Paragraaf 3.2 van Beleidskader longstay 2009, p. 15-16.
10. Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg, *Jaarverslag 2013*, p.9 en *Jaarverslag 2014*, p.9. In totaal zijn in het kader van *periodieke* herbeoordeling in deze jaren 22 resp. 32 adviezen uitgebracht. Daarnaast zijn 18 resp. 3 adviezen uitgebracht in het kader van *tussentijdse* herbeoordeling van de longstayplaatsing.
11. Voor zover bekend heeft de minister zowel in 2013 als in 2014 één contraire beslissing genomen ten aanzien van de adviezen van de LAP. Bron: LAP, *Jaarverslag 2013*, p. 12 en *Jaarverslag 2014*, p. 11.
12. Medio 2010 zijn de eerste herbeoordelingen gestart voor tbs-gestelden die (op dat moment) langer dan drie jaar de longstaystatus hadden. In januari 2013 is voor 120 tbs-longstaypatiënten het proces van hertoetsing voor het grootste deel afgerond (88%) of in een vergevorderd stadium (11%). Circa een kwart van de herbeoordelingen leidde tot beëindiging van de longstaystatus. *TK-brief "Evaluatie beleidskader Longstay Forensische Zorg", 2 september 2013.*
13. Dienst Justitiële Inrichtingen, *Beleidskader longstay forensische zorg 2009*, p. 11.
14. Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*, 2013, p. 10 en 44.

15. Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*, 2013, p. 7, p. 43-45.
16. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, *Eindrapport Parlementair onderzoek tbs*, 30250, nr. 5, p. 30.
17. Uit navraag blijkt dat de tbs-plekken die er tot 2013 waren, vooral waren bedoeld voor gedetineerden met een combinatievonnis met ernstige zedenproblematiek die zich, vanwege veroordeling in verband met deze problematiek, moeilijk konden handhaven in de gevangenis. Inmiddels is er een afdeling binnen de PI Vught die speciaal voor deze groep is bedoeld.
18. Vanaf 2010 maakt de Commissie van Toezicht van de Pompestichting in jaarverslagen haar zorgen kenbaar over de "karige leefomgeving van terbeschikkinggestelden in PI Vught" en wijzen ze op de "voortdurende frictie tussen PI-belangen en terbeschikkinggestelden". Zie daarnaast bijlage 2.
19. http://www.pompestichting.nl/site/Behandeling/LFPZ, geraadpleegd 21 juli 2015.
20. Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*, 2013, p. 46.
21. Wanneer het personeel aangeeft "er door heen te zitten", dan wordt intern een oplossing gezocht door personeel te rouleren. De Pompestichting is bezig dit systeem te formaliseren.
22. Bron: Jaarverslagen LAP 2013 en 2014 en aanvullende cijfers die de Raad van de LAP heeft ontvangen.
23. In tegenstelling tot een aantal bijzondere adviezen die de LAP in 2012/2013 heeft uitgebracht in verband met de sluiting van de longstay-afdeling van de FPC Dr. Henri van der Hoevenkliniek. Zie Jaarverslag LAP 2013, 1.8, p. 11-12.
24. MvT bij de Bvt, p. 32, Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 445, nr. 3.
25. Er staat bijvoorbeeld rechtstreeks beroep open tegen de beslissing van de Minister/Staatssecretaris om een tbs-gestelde te plaatsen op een landelijke longstay-afdeling, de beslissing tot voortzetting van het verblijf in de longstay na herbeoordeling, een afwijzing van een verzoek van de tbs-gestelde tot overplaatsing uit delongstay, het uitblijven van de herbeoordeling van het verblijf in de longstay na een verblijf van drie jaar daarin en de beslissing waarbij het beveiligingsniveau wordt vastgesteld.
26. Bij tbs-gestelden met een longstaystatus is alleen begeleid verlof mogelijk en is deze mogelijkheid afhankelijk van het vastgestelde beveiligingsniveau (laag, gemiddeld of hoog). Alleen tbs-longstaypatiënten, voor wie een laag beveiligingsniveau is vastgesteld, mogen op begeleid verlof. Incidenteel verlof of eenmalig begeleid verlof is uitsluitend mogelijk op humanitaire gronden (voor alle beveiligingsniveaus). Zie artikelen 12, 13 en 14 Verlofregeling tbs. Hierbij moet worden opgemerkt dat naar verwachting het verschil in (externe) rechtspositie met betrekking tot de verlofmogelijkheden met de inwerkingtreding van het aanpaste beleidskader longstay (gepland eind 2015) kleiner zal worden, maar niet geheel zal verdwijnen (Zie ook 1.6.).
27. Een beslissing tot interne overplaatsing is niet vatbaar voor beklag of beroep, tenzij met de interne overplaatsing een in de wet of in een verdrag opgenomen recht wordt geschonden (art. 56 lid 1 sub e Bvt). In dat geval staat er beklag en beroep open. Een tbs-gestelde en/of zijn advocaat moet dit aanvoeren.
28. MvT bij de Bvt, p. 18 en 40, Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 445, nr. 3.
29. 13/3230/TB, 14/4743/TB.
30. Uitspraak beroepscommissie van de Raad d.d. 13 augustus 2015, 15/647/TB.

31. TBS in het gevangeniswezen, Inspectiebericht, Vervolgonderzoek, Inspectie voor de Sanctietoepassing en Inspectie voor de gezondheidszorg, april 2008.
32. TBS-plaatsen in penitentiaire inrichtingen, Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van het WODC, januari 2008.

33. "Tbs uit het gevangeniswezen", Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 23 december 2009.
34. Beleidskader Longstay Forensische Zorg, DJI, 19 januari 2009, p. 17-18.
35. TBS-plaatsen in penitentiaire inrichtingen, Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van het WODC, januari 2008, managementsamenvatting en p. 68.
36. Jaarverslagen 2013 en 2014, Commissie van Toezicht bij de Pompestichting Nijmegen.
37. In longstaylocatie Zeeland zijn er relatief veel klachten over persoonlijke voorwerpen. Jaarverslagen 2013 en 2014, Commissie van Toezicht bij de Pompestichting Nijmegen.
38. Jaarverslagen 2013 en 2014, Commissie van Toezicht bij de Pompestichting Nijmegen.
39. Taskforce Behandelduur tbs, Bevindingen en aanbevelingen, 22 december 2014.
40. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 452, nr. 187.
41. Manifest van Lunteren, Agenda op basis van de werkconferentie Tbs & recht op 8 november 2013 te Lunteren.
42. Beleidskader Longstay Forensische Zorg, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie, 19 januari 2009.
43. Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013.
44. Brief aan de Tweede Kader, *Evaluatie beleidskader Longstay Forensische Zorg,* 2 september 2013.
45. (Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn, Lammers, Vrinten en Nijman, WODC, 2015.
46. De door het WODC genoemde kenmerken en achtergronden van deze twee groepen (ex-longstay en nooit in longstay verbleven), vormen hiervoor een mogelijke verklaring. De ex-longstaypatiënten en degenen die niet eerder in een longstayvoorziening verbleven ("de continu langverblijvenden"), bleken wat betreft diagnostiek en recidiverisico enkele substantiële verschillen te vertonen. De ex-longstaypatiënten leken gemiddeld minder ernstige (As-I) psychiatrische problematiek te hebben dan de continu langverblijvenden, maar meer te kampen met antisociale problematiek, zoals blijkt eek uit hogere scores op de risicotaxatie-(sub)schalen. Ook het feit dat de ex-longstaypatiënten op jongere leeftijd voor het eerst veroordeeld zijn dan de continu langverblijvenden wijst op een hoger recidiverisico, aangezien de leeftijd waarop de eerste veroordeling plaatsvond een van de voorspellers van recidive is.
47. DJI, *Forensische zorg in getal 2010-2014*, p. 20.
48. TK-Brief 20 april 2015, Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 33 628, nr. 9.
49. Goed bejegenen: beginselen voor het omgaan met ingeslotenen, Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2012.
50. Als gevolg van (parlementaire besluitvorming gerelateerd aan) het Masterplan is fpc Veldzicht geen reguliere TBS-kliniek meer. Ondanks de afbouw van reguliere tbs-bedden heeft V&J ervoor gekozen de (ICU) evbg-functie bij fpc Veldzicht in tact te laten. Dit is van oudsher een belangrijke expertise van Veldzicht; de beveiligingssituatie is (nog steeds) toegerust op beheersgevaarlijke patiënten.